FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1911-1912 N° 4-956

TRAITEMENT PRÉVENTIF

DE LA

LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

CHEZ LE TOUT JEUNE ENFANT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Samedi 25 Novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HOFFMANN (CHARLES-JOSEPH)
Ex-Externe des Hôpitaux
NÉ LE 11 MAI 1884, A NANCY (M.-ET-M.)

ACAD. MED. BAT. BIBL.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

WEISS, Professeur. . . . *Président.*
ROHMER, Professeur. . . .
FRŒLICH, Agrégé. . . . *Juges.*
SENCERT, Agrégé. . . .

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51
—
1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ✪.
Professeurs honoraires: MM. BEAUNIS, ✻, I ✪ ; NICOLAS, I ✪ ; PRENANT, ✻, I ✪ BERNHEIM, O ✻, I ✪.

Professeurs

Clinique chirurgicale	M. GROSS, O ✻, I ✪.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, ✻, I ✪.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, ✻, I ✪.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, ✻, ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Clinique médicale	M. SCHMITT. I ✪.
Physiologie	M. MEYER, ✻, I ✪.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. PARISOT, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I ✪.
Histologie	M. BOUIN, I ✪.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, A ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, I ✪.

Professeurs adjoints

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLOZ, ✻, I ✪.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards	M. ETIENNE, I ✪, agrégé libre.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, A ✪, agrégé libre.
Accouchements	M. SCHUHL, I ✪, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1)	M. FRŒLICH, I ✪ id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	M. JACQUES. I ✪ id.
Clinique des voies urinaires (1)	M. ANDRÉ, I ✪, id.
Clinique des maladies mentales	M PARIS. I ✪.
Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale	M. ZILGIEN, I ✪, ag. lib., ch. du cours.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ✪.
LAMBERT, I ✪.
RICHON, A ✪.
G. GROSS, A ✪.
FRUHINSHOLZ, A ✪.

MM. COLLIN, A ✪.
DUFOUR, A ✪.
SENCERT, A ✪.
ROBERT, A ✪.

MM. BUSQUET.
LUCIEN, A ✪
BINET.
PERRIN, A ✪.

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, O ✻, I ✪, ETIENNE, I ✪, ZILGIEN, I ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪, MICHEL, I ✪, L. SPILLMANN, A ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ✪, I ✪, Secrétaire.

---

(1) Fondation de l'Université.

L'Université a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les improuver.

A MES PARENTS

Faible témoignage d'affectueuse reconnaissance

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A Mon Président de Thèse
Monsieur le Professeur WEISS
Chevalier de la Légion d'honneur

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Avant de quitter la Faculté de médecine de Nancy, où, pendant plusieurs années, nous avons profité de si précieux enseignements, il nous reste un devoir très agréable à remplir : celui de remercier tous nos maîtres et de les assurer de notre profonde gratitude.

M. le professeur agrégé WEISS, notre illustre maître, en acceptant la présidence de notre thèse, nous a donné une nouvelle marque de sa haute bienveillance. Nous n'oublierons jamais ce que nous devons à son savant enseignement et à ses cliniques magistrales.

C'est sur les conseils de M. le professeur agrégé FRŒLICH, et d'après ses données, que nous avons choisi, pour en faire le sujet de notre thèse de doctorat, l'étude du traitement préventif de la luxation congénitale de la hanche chez le tout jeune enfant. Nous le remercions beaucoup de sa sollicitude à notre égard, et l'assurons de notre profonde reconnaissance.

Nous adressons nos remerciements les plus sincères à M. le professeur agrégé ROHMER, dont les hautes connaissances de l'ophtalmologie et la manière si agréable avec

laquelle il sait captiver l'attention des étudiants, sont admirées de tous. Il a bien voulu consentir à faire partie du jury de notre thèse; nous l'assurons de notre reconnaissance la plus sincère et la plus durable.

M. le professeur agrégé SENCERT nous fait, lui aussi, l'honneur d'être de notre jury; nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous n'oublierons pas MM. les professeurs SPILLMANN, BERNHEIM, SCHMITT, HAUSHALTER, qui, par leur bienveillance et leur sympathie, ont doublé le prix de leur enseignement. Qu'ils nous pardonnent de ne pouvoir leur rendre que cet hommage officiel et banal; nous nous rappellerons toujours avec quelle bonne grâce ils nous ont fait profiter de leur science et de leur expérience, et nous sommes assuré que si quelque difficulté se présente au cours de notre carrière, nous trouverons près de ces maîtres autorisés les conseils dont nous avons besoin.

Nous renouvelons l'assurance de notre affection la plus sincère et de notre vive amitié à nos camarades d'études, et nous n'oublierons jamais les bons moments passés ensemble.

TRAITEMENT PRÉVENTIF

DE LA

LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

CHEZ LE TOUT JEUNE ENFANT

CHAPITRE PREMIER

Historique

Palletta, en 1820, a admirablement exposé l'histoire clinique de la luxation congénitale de la hanche. Cet auteur montre très bien qu'au moment même de la naissance, dans la majorité des cas, on ne s'aperçoit absolument de rien d'anormal; il n'y a ni inflammation, ni raccourcissement, ni déformation de la hanche. Aucun symptôme ne fait prévoir cette triste infirmité, apanage en quelque sorte du beau sexe (9 cas sur 10). L'enfant revenu de nourrice, les parents s'aperçoivent, au bout de quelque temps, qu'il marche mal; ils incriminent alors la nourrice : seule la maladie est en cause.

Dans l'immense majorité des cas, avons-nous dit, on ne constate rien à la naissance. C'est qu'à ce moment il y a malformation de l'articulation coxo-fémorale et tout

au plus subluxation. C'est un peu plus tard, quand l'enfant commence à marcher, que l'écartement des surfaces articulaires s'exagère de jour en jour; la tête fémorale remonte de plus en plus dans la fosse iliaque externe, la luxation s'accentue graduellement et s'établit.

Nous sommes loin du temps où Dupuytren, après avoir donné la première description complète de la luxation congénitale de la hanche lui refusait toute thérapeutique. Nous sommes loin également du temps, beaucoup plus rapproché, où, grâce aux progrès de l'antisepsie, Hoffa reprenait le traitement de cette affection par la méthode sanglante essayée par Guérin en 1838 et tombée, cela se comprend, dans un discrédit complet.

Aujourd'hui, l'intervention sanglante est réservée à quelques cas exceptionnels : tous les auteurs sont d'accord pour donner la méthode non sanglante comme le meilleur traitement possible. Celle-ci, perfectionnée par Pravaz (1838), Pacci (1887), Lorenz (1895), est devenue, à l'heure actuelle, d'une application courante et est l'objet de perfectionnements constants. Les règles en sont nettement établies et tellement simplifiées que tout praticien de bonne volonté doit savoir reconnaître et traiter la luxation congénitale de la hanche chez les enfants, sans avoir besoin de recourir au spécialiste.

Mais si tous les orthopédistes tombent d'accord sur la méthode à employer, les divergences commencent dès que l'on étudie la question de l'âge où l'on doit opérer l'enfant. A quel âge faut-il intervenir ? En principe, plus on attend longtemps avant l'opération, plus la réduction est difficile, plus les chances de succès deviennent aléatoires.

Pacci et l'école italienne ne mettent pas d'âge limite; Lorenz fixe à neuf ou dix ans l'âge maximum pour les luxations unilatérales, et à sept ou huit ans pour les bilatérales; M. Frœlich considère l'âge de neuf ans comme la limite extrême de toute tentative de réduction. Cette limite varie donc entre l'âge de sept à dix ans, les luxations unilatérales demeurant plus longtemps réductibles que les luxations doubles.

Quant à la limite inférieure, pendant longtemps, on n'opérait pas avant l'âge de trois et quatre ans, époque à laquelle le jeune enfant commence d'être propre. C'est que, souvent, le diagnostic de l'affection est méconnu; si l'enfant balance légèrement, si la démarche est incertaine, les parents rapportent les symptômes à une faiblesse de reins, et le médecin songe souvent à une légère atteinte de rachitisme.

Au Congrès de Pédiatrie d'Alger (1907), MM. Princeteau, Kirmisson, Nové-Josserand, Barbarin, n'étaient pas partisans d'une fixation précoce de la hanche, car, à cet âge, le succès n'est pas certain; ils invoquaient, comme raison majeure, la petitesse du membre, l'indocilité et la malpropreté de l'enfant; le plâtre, étant mouillé la nuit, provoque de l'irritation de la peau et même des ulcérations.

Par contre, MM. Frœlich, Judet, Redard, Lorenz, Calot, réduisent dès le diagnostic posé et trouvent que les avantages dans le traitement précoce sont infiniment supérieurs aux légers inconvénients. A ce moment, les conditions pour l'intervention sont des plus favorables, et les dégâts occasionnés par les défauts pathogènes sont à leur minimum.

Cette précocité du traitement avait été déjà demandée par le docteur Jacobi, dans une séance à l'Académie de Médecine de New-York, en 1904.

Cette question a été soumise à nouveau au Congrès de Physiothérapie, tenu à Paris, en avril 1911, et les avis se sont également partagés.

A la suite des récents travaux faits par M. Le Damany, sur ce qu'il appelle les hanches « subluxables », et que M. Frœlich dénomme hanches « instables », on est arrivé à parler de traitement préventif dans la luxation congénitale de la hanche. Le docteur Vuillaume, dans une thèse récente (Nancy (1911), parle sans insister de cette thérapeutique préventive permettant de s'opposer à cette triste infirmité si fréquente dans notre race, presque inconnue dans la race noire; et cela parce que « le port de l'enfant à califourchon sur le dos de sa mère, dans une position de flexion et d'abduction, constitue un véritable traitement prophylactique de la luxation ». (Lettre du docteur Milloüs). L'idéal est d'opérer avant l'apparition de déformations, sinon irrémédiables, du moins très fâcheuses, et d'intervenir avant que la luxation ne soit définitivement établie.

CHAPITRE II

Définition

Mécanisme de la luxation congénitale de la hanche Anatomie pathologique

De toutes les luxations congénitales, celle que l'on rencontre le plus souvent est la luxation de la hanche (un cas pour 206 habitants dans les Vosges). Qu'entend-on par luxation congénitale de la hanche ? Est-ce une luxation comparable aux diverses luxations traumatiques ou pathologiques ? Non ; car, en venant au monde, l'enfant apporterait un raccourcissement et une attitude vicieuse qui ne manqueraient pas de frapper l'entourage appelé à donner ses soins au nouveau-né. Au contraire, plus l'on fait d'enquêtes sur les antécédents personnels, plus on examine ces malades atteints de luxation, plus on a la conviction qu'il n'y a rien d'anormal au moment de la naissance. Verneuil, le premier, a démontré qu'il ne s'agissait pas là d'une maladie congénitale. Les luxations de la hanche dites congénitales ne méritent pas cette

appellation; la véritable luxation congénitale est une rareté.

Le Damany distingue deux sortes de luxations; les unes existent avant la naissance : ce sont les luxations « tératologiques »; les autres sont postérieures à la naissance; elles peuvent être imminentes et commencer à se faire dès que l'enfant se défléchit; elles peuvent être retardées jusqu'à la fin de la deuxième année et être consécutives aux premiers pas de l'enfant : ce sont les luxations « anthropologiques ».

Il les dénomme ainsi, car, pour lui, elles sont, triste apanage de la hanche humaine, une rançon de l'élévation dans l'échelle des êtres.

Une troisième classe renferme les luxations d'étiologie mixte, termes de passage entre les luxations purement tératologiques remontant à l'âge embryonnaire, et les luxations purement anthropologiques, dont sont porteurs les sujets normaux.

Les luxations tératologiques sont très rares; elles se produisent pendant la première moitié de la vie intra-utérine; leur étiologie en est très obscure, mal connue. On peut les attribuer, soit à des troubles du développement histologique des muscles péri-articulaires de la hanche, soit à des malformations pelviennes, soit à des attitudes vicieuses des membres inférieurs dans la vie intra-utérine. Elles coexistent généralement avec d'autres malformations (en particulier celle des centres nerveux, avec ou sans spina-bifida), avec des monstruosités, troubles du développement, rendant la vie impossible. Le diagnostic en est extrêmement facile, l'intérêt pratique médiocre, puisqu'elles ne se présentent que chez des sujets mort-

nés ou du moins non viables. La luxation congénitale au sens propre du mot n'existe pas au moment de la naissance chez les enfants viables. Sur 1.722 examens, M. Le Damany n'a pas trouvé une seule vraie luxation chez les nouveaux-nés viables.

Les luxations anthropologiques sont celles que les orthopédistes sont appelés à soigner, celles qui offrent un intérêt spécial. Préparées pendant la vie intra-utérine, elles ne s'accomplissent qu'après la naissance. Nous allons examiner comment se fait cette luxation, à quelle époque elle a lieu; nous verrons ensuite dans quels cas nous pourrons appliquer notre traitement préventif.

Le mécanisme par lequel se fait la luxation de la hanche s'explique très bien en étudiant les malformations du bassin et les déformations que subissent le fémur d'une part, le cotyle d'autre part. Les conditions mécaniques dans lesquelles se trouve placée la hanche humaine avant et après la naissance font aussi comprendre comment il se fait que les luxations de la hanche sont plus fréquentes que celles des autres diarthroses.

Les malformations pelviennes consistent en une trop grande inclinaison en avant des cavités cotyloïdes et persistance de l'état fœtal de la cavité; elles résultent du manque d'harmonie dans la forme et les proportions squelettiques dont se compose le bassin. Les causes de ces malformations sont mal connues. Palletta, Dupuytren, et après eux Wollenberg, les ont attribuées à un vice primordial du germe. Breschet et Delpech invoquent un arrêt de développement de l'articulation : c'est aussi l'opinion de Kirmisson et de Lannelongue. Ces malformations peuvent

être dues aussi à un état pathologique du fœtus. Seules les influences héréditaires en sont très bien démontrées; le docteur Houchard, dans sa thèse (Nancy, 1910), a très nettement exposé cette question.

La déformation du fémur consiste en une torsion. Cette torsion est le résultat des conditions défectueuses dans lesquelles se trouve placée la hanche humaine avant la naissance. Le fœtus se conforme aux exigences de la cavité utérine; mais, par suite de son bassin trop large, de la longueur trop grande de son fémur, il ne le fait pas sans difficulté. Dans l'exces de flexion imposé au membre inférieur, le fémur bascule sur l'épine iliaque antéro-supérieure, où il prend un point d'appui avec les parties molles comme intermédiaires. Le fémur forme ainsi un levier du premier genre; la puissance est au genou, l'appui est à l'épine iliaque et la résistance est à la cavité cotyloïde, ainsi que l'indique cette figure.

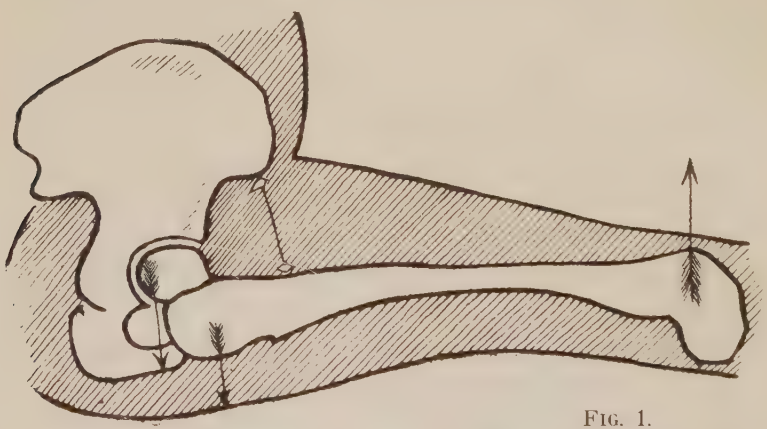


Fig. 1.

Son extrémité la plus proche de la cavité cotyloïde tend à se déplacer vers le bas; en même temps, la tête s'écarte

du cotyle. Cette torsion du fémur variera suivant la rotation plus ou moins grande de la cuisse en dehors, et, par suite, dépendra de la position de la jambe du fœtus dans l'utérus maternel. Si la jambe est parallèle au plan médian (position de l'individu accroupi), la rotation en dehors sera presque nulle et la torsion du fémur deviendra forcément très grande (Le Damany). Par suite de l'écartement de la tête fémorale du cotyle, celle-ci n'exerçant plus de pression sur le fond du cotyle, celui-ci diminuera de profondeur et sera plus ou moins aplati. La profondeur de cette cavité cotyloïde, à l'état normal, est de deux à deux centimètres et demi chez un individu sain; elle pourra tomber à un centimètre et même moins. Lannelongue cite le cas d'une cavité cotyloïde analogue à une cavité glenoïde de l'omoplate, le fond ne dépassant pas un demi-centimètre de profondeur. Frœlich cite plusieurs cas semblables. Le cotyle, qui a une profondeur égale aux 5/10 de son diamètre chez l'embryon, aux 4/10 chez le nouveau-né bien constitué, arrivera à ne plus avoir qu'une profondeur égale aux 3/10 de son diamètre et même moins chez les sujets prédisposés à la luxation.

Cet état anormal, et de la cavité cotyloïde, et de la torsion du fémur, existe chez l'enfant qui vient au monde; aussi plusieurs auteurs ont soutenu qu'il existe une prédisposition à la luxation. Lannelongue, Lorenz et Kirmisson se rangent à cette idée. Dans toute hanche où la cavité cotyloïde est trop inclinée en avant et insuffisamment creusée, où le fémur est tordu à l'excès, la luxation aura tendance à se produire après la naissance, par le fait de l'extension de la cuisse imposée par le maillot ou par le décubitus dorsal, par le fait de la contraction des muscles

pelvi-fémoraux longitudinaux. La tête du fémur s'aplatira, glissera sur le toit du cotyle plus ou moins fuyant; ne trouvant plus d'appui suffisant dans la cavité cotyloïde, elle se déplace vers le haut, subit un mouvement d'ascension. La luxation est amorcée, finalement elle se fait. Le toit, aplati par suite du frottement de la tête fémorale, sera en pente douce et se rapprochera de la verticale, tandis que chez l'enfant sain sa direction est horizontale (Frœlich).

Si, dans l'immense majorité des cas, la luxation dépend de malformations congénitales, il existe aussi des observations dans lesquelles elle est attribuable à d'autres causes : ainsi, à la suite d'arthrites subaiguës, il peut arriver que le toit des cavités articulaires, par suite du processus pathologique, ne présente plus de bords nets; ils sont festonnés et largement éculés, favorisant ainsi le passage de la tête du fémur sur le sourcil cotyloïdien et par suite le déboîtement de la hanche.

Tel est le mécanisme suivant lequel la luxation s'accomplit. Mais il y a des degrés, suivant que ces déformations sont plus ou moins accentuées, et avant que la luxation dite congénitale soit une véritable luxation, nous pourrons avoir différentes phases successives dont on se rend bien compte en examinant la figure ci-contre.

A un premier stade, nous avons de légères lésions de la hanche; les lésions intermédiaires entre l'état normal et la subluxation consistent en déformations peu nettes. Nové-Josseraud, Frœlich, Bade, les ont déjà signalées et décrites. Le cotyle diffère de celui que présente une hanche normalement constituée; le toit est fuyant, à peine suffisant pour maintenir la tête fémorale, les bords en

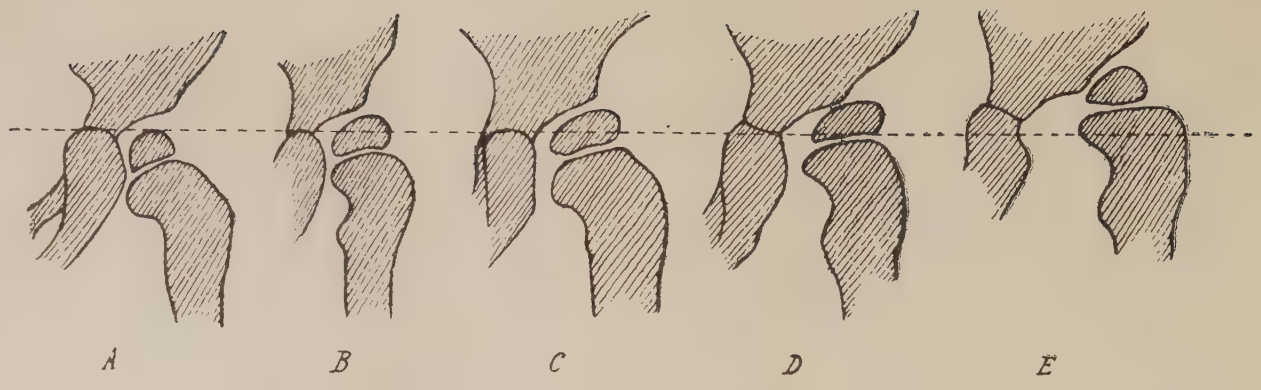


FIG. 2.

sont peu élevés et légèrement aplatis. Le fémur, sur une radiographie, donne une ombre moins coudée que celle d'un fémur normal, à cause de l'antéversion très prononcée de son col. Ces déformations amènent un défaut d'orientation des surfaces articulaires en présence; celui-ci est trop fort pour que la hanche soit normale et trop faible pour produire une véritable luxation.

Supposons que ces déformations, au lieu de rester légères et de se corriger peu à peu (état aboutissant à la guérison spontanée), continuent à évoluer, nous aurons les hanches « subluxables », « instables ». Ces hanches sont caractérisées surtout par une excessive diminution de la profondeur de la cavité cotyloïde, par une atrophie extrême de cette cavité; elle ne peut plus tenir solidement la tête du fémur. Cette tête instable se luxera dans certaines conditions, par exemple dans l'extension forcée ou dans la flexion adduction; on observe souvent de ces subluxations se faisant soit spontanément, soit à la faveur d'une légère poussée.

Du côté du fémur, nous retrouvons, comme caractère anatomo-pathologique, un développement moins grand de cet os; le corps en est plus grêle, le noyau d'ossification est moins prononcé, l'angle d'inclinaison que forme le col avec le corps du fémur est plus obtus que du côté normal et que chez l'enfant sain (Frœlich). Les os iliaques eux-mêmes sont moins développés du côté luxable. La capsule articulaire est allongée, dilatée. « La capsule, dit Lorenz, devient un boyau dont la longueur varie avec le degré de luxation. » Elle entoure les extrémités à la façon d'un manchon lâche et flottant; ses fibres sont plus ou moins effacées, et au point où le fémur vient presser sur l'os ilia-

que, elle a tendance à disparaître. Sa laxité est très grande.

Les muscles sont allongés. Lorenz admet trois classes de muscles :

Les pelvi-trochantériens;
Les pelvi-fémoraux;
Les pelvi-cruraux.

Tous ces muscles subissent un allongement, sauf la portion interne des muscles pelvi-fémoraux, qui est raccourcie. Quant à la qualité de la musculature, Frœlich et Le Damany ont montré qu'il y avait atrophie sensible de tous les muscles intéressant la malformation et principalement des muscles fessiers; il peut même y avoir dégénérescence. Ces troubles musculaires se constatent d'ailleurs par l'examen histologique, et les fibres sont alors remplacées par des cordons irréguliers, élargis au niveau des noyaux, rétrécis dans leur intervalle, formés de protoplasme granuleux absolument dépourvu de striation.

Que va-t-il advenir de cette hanche instable ? Elle va évoluer de deux façons diamétralement opposées : d'une part, vers la guérison; d'autre part, vers la luxation définitive. En ce cas, nous retrouvons toutes les déformations précédentes, mais plus accentuées. Arrivé là, il n'y a plus de traitement préventif possible; seule, la réduction non sanglante pourra faire disparaître ou modifier la boiterie.

Cet aperçu nous montre qu'il est possible, par un traitement approprié, d'éviter la sortie complète de la tête fémorale hors du cotyle. Mais, auparavant, voyons à quelle date cette luxation définitive se fait généralement. C'est une question très difficile à résoudre. Il ne s'agit

pas ici d'une simple luxation traumatique qui se fait en un instant ; nous sommes en présence d'une série de déformations et de déplacements imperceptibles, se succédant d'une façon plus ou moins vive, progressivement. Chez les uns. les luxations sont très tardives ; on cite des cas où la luxation s'est produite l'enfant ayant marché normalement un certain temps (Schede, Heusner, Zenker, Le Damany) ; chez les autres, elles sont très précoces. Brocca cite le cas d'une luxation unilatérale gauche découverte à cinq mois ; Bade également. Kirmisson a fait le même diagnostic chez un enfant de quatre mois. Dans ces cas, le diagnostic est facilité par l'attention des parents ayant déjà eu d'autres enfants atteints de luxation et voulant éviter que pareil fait se reproduise.

En général, ce n'est qu'au moment des premiers pas de l'enfant que l'on s'aperçoit de la luxation. La luxation s'est-elle faite à ce moment ? Il est plus probable que la lésion existait auparavant. Mais, dans certains cas, il se peut que la pesée exercée par le corps sur le bassin favorise le travail pathologique déjà très avancé. On voit donc par là que l'application du traitement préventif ne pourra se faire à époque déterminée ; il faut intervenir dans les hanches menaçant de se luxer, afin d'empêcher la tête fémorale de sortir de sa mortaise.

CHAPITRE III

Diagnostic

On cherche aujourd'hui à dépister la luxation congénitale chez l'enfant qui n'a pas marché, afin de la traiter le plus tôt possible. Nous nous proposons de donner la marche à suivre en résumant les différents symptômes et en insistant sur les signes particuliers de la subluxation. Et d'abord, l'interrogatoire. On sait le rôle que joue l'hérédité dans cette lésion; Dupuytren, Jamain, Kirmisson, Houchard, ont montré l'importance de ce facteur et publié des observations qui ne laissent aucun doute. C'est un père atteint d'une luxation unilatérale qui nous présente une fillette affectée de la même lésion; c'est une mère atteinte de luxation qui nous amène sa fille, présentant cette même boiterie. Souvent, ce sont les grands-parents, parfois une tante, un frère, une sœur, qui sont atteints de luxation congénitale; on connaît la fréquence de cette lésion chez les enfants d'une même famille. Il faudra toujours avoir présente à l'esprit la tendance à la luxation

chez un enfant qui présente cette lésion dans ses antécédents héréditaires.

On recherchera s'il n'existe pas d'autre vice de conformation; les pieds-bots, les becs-de-lièvre, les torticolis, les hernies sont plus fréquents chez les luxés congénitaux que chez les enfants sains. Les pieds-bots sont presque toujours varuséquins. On peut aussi rencontrer des asymétries crâniennes et faciales, des anomalies du sacrum et celles des autres parties de la colonne vertébrale. La syndactylie et la polydactylie sont des anomalies plus rares, de même les luxations intéressant d'autres articulations que celle de la hanche, du genou en particulier. On se renseigne sur l'accouchement de l'enfant, s'il a été long, laborieux; s'il s'est fait par le siège, ou si le forceps a été nécessaire. Souvent, c'est un enfant âgé de quatorze, quinze, vingt mois, qui ne marche pas encore; il essaye de faire ses premiers pas, mais il paraît hésiter de s'appuyer sur une jambe, toujours la même. Au niveau de cette hanche, on pourra percevoir des craquements, attribués par Hoffa au frottement de la tête fémorale contre le bord postérieur du cotyle. Vous rechercherez les autres signes : diminution de longueur de la jambe, position de l'extrémité supérieure du grand trochanter par rapport à la ligne de Nelaton-Roser; prenez la méthode de Briant pour rechercher et mesurer cette élévation; voyez s'il n'y a pas asymétrie dans les deux hanches, si l'une des fesses n'est pas plus élargie, plus aplatie que l'autre; le rapport de la tête fémorale avec les vaisseaux fémoraux, dans le triangle de Scarpa, est-il normal ? Tous ces symptômes existent chez l'enfant qui boite. Mais pour les hanches instables, il existe des symptômes spéciaux.

Peter Bade nous indique un signe servant à diagnostiquer les malformations congénitales au moment où il n'existe qu'une subluxation. Il consiste à examiner les plis de la cuisse. Si on couche un enfant sur le dos, les membres inférieurs étant parallèles, on observe trois plis : le premier est le pli inguinal; le second, le pli des adducteurs est situé entre la gaine des adducteurs et le triceps fémoral, il se dirige du haut en bas et d'avant en arrière. Le troisième, moins accusé, se trouve à la hauteur du genou et commence un peu plus près de la ligne médiane; il n'est pas si marqué que le pli des adducteurs et diminue au fur et à mesure que l'enfant avance en âge. Ces deux derniers plis existent normalement chez le nourrisson, à la même hauteur, symétriquement. Seule, la direction du pli supérieur nous intéresse.

Quand on se trouve en présence d'un enfant normal, et que l'on rapproche les deux cuisses de façon à donner au bassin une position droite, on constate que la partie inférieure du pli des adducteurs coïncide exactement avec celle de l'autre côté. Les deux plis sont symétriques. Au contraire, s'il y a malformation de la hanche, la partie inférieure du côté atteint sera remontée par rapport au côté sain et sera plus creusée que ce dernier. Ce signe, excellent dans le cas de subluxation unilatérale, peut s'employer aussi dans le cas de lésions bilatérales, mais alors en comparant avec un enfant normal.

Le signe de l'hyperrotation interne a été décrit par Gourdon, Trillat et Petit de la Villéon. Suivant le degré de cette rotation, on se trouvera en présence soit d'une subluxation, soit d'une luxation véritable. D'après Trillat, on place l'enfant dans le décubitus dorsal, les jambes allongées;

on saisit le genou d'une main; de l'autre, le coude-pied du membre à explorer; le bassin est tenu en position normale par un aide. On fléchit la jambe sur la cuisse à 20° et on porte le pied en dehors, en appliquant la jambe contre le plan du lit. Quand il y a luxation congénitale, le mouvement s'accomplit sans peine, le genou est amené aisément au contact du plan résistant, la cuisse et la jambe coudées à angle droit, reposant dans toute leur étendue, par leur face interne. Le membre inférieur prend la direction d'équerre. Du côté sain, cette manœuvre est impossible, le genou reste à 30 ou 40 centimètres du plan du lit.

Quand il y a luxation congénitale double, on peut produire la double équerre. Les deux cuisses sont alors accolées par leur face antérieure; les deux espaces situés au-dessus de la rotule se touchent. Les jambes sont dans le prolongement l'une de l'autre. L'ensemble des deux cuisses et des deux jambes affecte la forme d'une double équerre, d'un T renversé. On comprend aisément qu'avec cette manœuvre, si le genou reste par exemple à 20 centimètres du plan du lit, nous n'aurons pas luxation vraie, mais subluxation.

Le Damany a décrit une méthode particulière pour la recherche des hanches subluxables : « L'enfant est posé dans le décubitus dorsal, sur une table. Le médecin se place en face de lui. Sans y mettre aucune force, il saisit chacune de ses jambes avec la main de nom opposé, de telle sorte que la commissure de son pouce embrasse le genou de l'enfant. Le pouce est appliqué sur la face interne de la cuisse, l'index sur la face dorsale; le médius est étendu le long de la face externe et sa pulpe appuie sur

la région trochantérienne. L'annulaire, ou au moins le petit doigt, replié, entoure le mollet. La jambe est fléchie à angle droit sur la cuisse, la cuisse à angle droit sur le bassin. L'opérateur se sert d'un des membres inférieurs pour immobiliser le bassin; pour rechercher l'état de subluxation de l'autre, il profite des moments où l'enfant ne se contracte pas, et procède de la manière suivante :

« *Premier temps.* — Fixant exactement, mais avec légèreté, la cuisse entre les trois premiers doigts allongés, il pousse le fémur en bas et en dehors, parallèlement à lui-même, comme s'il voulait luxer la tête par dessus le bord supérieur du cotyle. Pour cela, la cuisse étant fléchie à angle droit, la commissure du pouce presse de dedans en dehors, sur la face interne de la cuisse. Si la hanche est luxable, il se fait une subluxation, parfois révélée par une légère secousse, parfois absolument latente.

« *Deuxième temps.* — L'opérateur imprime à la tête un mouvement inverse du précédent; la pulpe du médius pousse le trochanter de dehors en dedans, en même temps que la cuisse est brusquement portée en adduction. Par cette manœuvre, la tête rentre dans la cavité par-dessus le bord postérieur, et cette rentrée s'accompagne d'un ressaut. Parfois léger, souvent fort net, ce ressaut est quelquefois suffisamment marqué pour être perçu par l'oreille. Le double mouvement de sens inverse, qui subluxe la tête, puis la ramène dans le cotyle, peut être renouvelé autant de fois qu'on le désire pour un contrôle sérieux. Fait avec douceur, cet examen ne doit provoquer aucune douleur; l'état de résolution musculaire de l'enfant est nécessaire pour laisser aux sensations leur net-

teté. La simple précaution d'occuper l'enfant, en lui donnant à boire pendant ces manipulations, suffit souvent pour supprimer les cris et les contractions musculaires gênantes ».

M. Frœlich apprécie les différents signes de la luxation chez le tout jeune enfant de la façon suivante (Congrès de Chirurgie, 1911) :

« On pourrait croire que l'on est rarement consulté pour des enfants luxés, avant qu'ils n'aient marché. Cependant, le fait seul qu'un enfant ne marche pas encore à treize ou quatorze mois, amène souvent les parents à les faire examiner. C'est ensuite que ces enfants peuvent présenter d'autres malformations, pour lesquelles on les voit, et qui font penser à la luxation congénitale de la hanche. C'est ainsi que chez trois enfants un torticolis congénital m'a permis de diagnostiquer une luxation de la hanche.

« D'autres fois, les enfants nous sont apportés parce qu'une sœur, un frère plus âgés, ont été atteints de déboitement congénital ; d'autres fois encore, la mère présentant la même affection, craint cette lésion pour son enfant.

« Deux fois, dans le courant de la première année, la mère avait remarqué une différence de longueur entre les deux membres inférieurs, ce qui l'avait amenée à consulter.

« Chez un assez grand nombre d'enfants, la mère avait remarqué qu'en chaussant un des pieds, l'enfant criait et semblait souffrir ; c'est un signe que j'ai souvent noté depuis que mon attention a été attirée sur ce fait. Ceci

n'a rien d'étonnant, la luxation s'accentuant par les pressions de bas en haut.

« En présence d'un enfant chez lsquel nous soupçonnons une luxation congénitale de la hanche, le diagnostic, souvent, sera très facile; d'autres fois, extrêmement difficile.

« Le diagnostic sera facile lorsque la luxation est accentuée, le grand trochanter visiblement au-dessus de la ligne de Nélaton ou de Bryant, la jambe plus courte, le triangle de Scarpa vide; mais ces cas sont exceptionnels chez le nourrisson.

« En examinant la saillie de la hanche plus exagérée d'un côté, l'élévation du pli des adducteurs d'un côté, nous pouvons reconnaître le déboîtement.

« Un des moyens les plus utiles de diagnostic consiste à faire, du côté de la hanche suspecte, le premier temps de la réduction, c'est-à-dire flexion de la hanche à 90° au moins et abduction. Dans la hanche luxée, on ressent à ce moment un petit ressaut qui se reproduit lorsqu'on approche de nouveau la jambe de la ligne médiane. Hofta avait déjà attiré l'attention sur ce signe lorsqu'il parlait des ressauts et des craquements osseux que l'on percevait chez l'enfant atteint de luxation peu évidente.

« Ces ressauts et ces craquements sont dus presque toujours au passage saccadé de la tête fémorale par dessus le rebord cotyloïdien; plus rarement, comme l'a montré Ludlof, au frottement de la tête sur une saillie osseuse du fond de la cavité cotyloïde.

« Un signe souvent fidèle, qui a été diversement réalisé par Gourdon, Tullat et d'autres, consiste à mettre la jambe en rotation interne exagérée, le genou étant plié.

Cette rotation interne exagérée n'est possible qu'avec une cavité peu profonde et une capsule très lâche. Elle manque quelquefois même chez des enfants ayant une luxation évidente. Nous l'avons fréquemment réalisée chez les petits enfants malingres et chez les enfants rachitiques sans aucune tendance à la luxation. Il n'existe donc qu'un seul moyen infaillible pour les cas douteux : c'est la radiographie. »

Dans le cas de subluxation de la hanche, nous aurons donc trois signes principaux à rechercher : examiner le pli des adducteurs, rechercher l'hyperrotation interne, faire la manœuvre de Le Damany. Encore ces signes sont susceptibles de nombreuses causes d'erreur. Seuls les renseignements que nous fournira la radiographie nous permettront de poser notre diagnostic; suivant les indications fournies par le cliché, nous appliquerons notre traitement préventif.

L'examen radiographique n'est pas toujours facile à faire : l'enfant remue, et il est souvent nécessaire de l'anesthésier; afin d'avoir de bons résultats, il faut autant que possible faire une radiographie instantanée, car il est rare d'obtenir, chez le tout petit enfant, un repos absolu d'une demi-minute.

Nous prendrons d'abord un cliché présentant les deux jambes parallèles; nous verrons la situation occupée par la tête fémorale par rapport à la cavité cotyloïde. Tant que le noyau osseux n'aura pas abandonné complètement la cavité cotyloïde, nous pourrons intervenir. Encore est-il nécessaire de distinguer le degré de l'ascension de la tête fémorale; la hanche n'est anormale que lorsque cette ascension est au moins de un demi-centimètre; lorsqu'elle

n'est que de quelques millimètres, il n'y a pas lieu d'intervenir, car cela se rencontre parfois chez les enfants sains.

Une deuxième radiographie sera prise les jambes écartées à 45°. Si la tête fémorale reprend sa place normale sans éprouver aucun ressaut, l'application de notre traitement sera complètement affirmée, car, en laissant aller les choses, le déboîtement ne tarderait pas à se produire. Il faut, comme nous venons de le dire, que, dans l'écartement des jambes à 45°, il n'y ait pas de ressaut; car on pourrait nous reprocher d'avoir fait une réduction réelle.

L'examen radiographique nous confirmera encore les résultats probants du traitement.

La radiographie, souvent, pourra être une cause d'erreur. En effet, la photographie directe, perpendiculaire au bassin couché horizontalement, montre la tête parfaitement encadrée dans la cavité, alors que cette tête, en réalité, peut être placée en avant de la cavité. Aussi M. Frœlich donne-t-il, avec M. Guilloz, le conseil suivant : « Si l'on place, dans un cas où la tête n'est pas dans un rudiment de cavité, mais bien en avant de cette dernière, l'enfant obliquement sur la table radiographique, la plaque sur la partie antérieure du bassin et la tête obliquement en dehors et en haut, dans le plan déclivage supposé entre la tête et la cavité, et que l'on fasse varier le tube dans ce plan, on voit la tête fémorale se déplacer et même semble pénétrer dans le bassin. Tandis que si la réduction est réelle, l'aspect et la position de la tête ne se modifient pas sensiblement. » C'est probablement à une erreur d'interprétation de la radiographie qu'est dû l'insuccès de la cinquième observation.

CHAPITRE IV

Traitement

Le traitement préventif de la luxation congénitale de la hanche s'appliquera dans les cas de hanches subluxables menaçant de se luxer.

Mais, auparavant, voyons si toute hanche subluxable aboutit fatalement à la luxation. Nombreux sont les cas de guérison spontanée. Le Damany cite les cas de huit enfants qu'il a suivis pendant un certain temps, et chez lesquels tous les signes de « subluxabilité » ont disparu complètement; le contrôle de la guérison en a été fait par la radiographie.

Dans la *Revue de Chirurgie* 1910, le même auteur cite le cas d'un enfant de quelques jours, chez lequel le fémur s'étant subluxé spontanément, la guérison eut lieu en quelques semaines, sans aucun traitement (*fig. 3*).

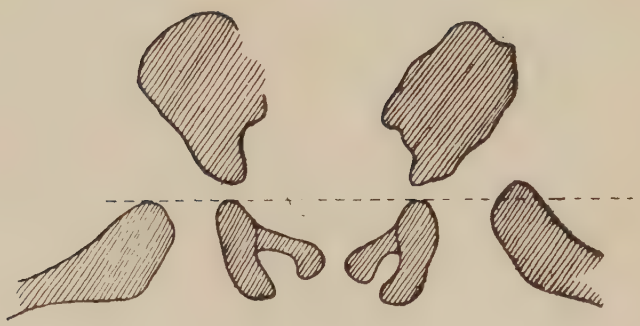
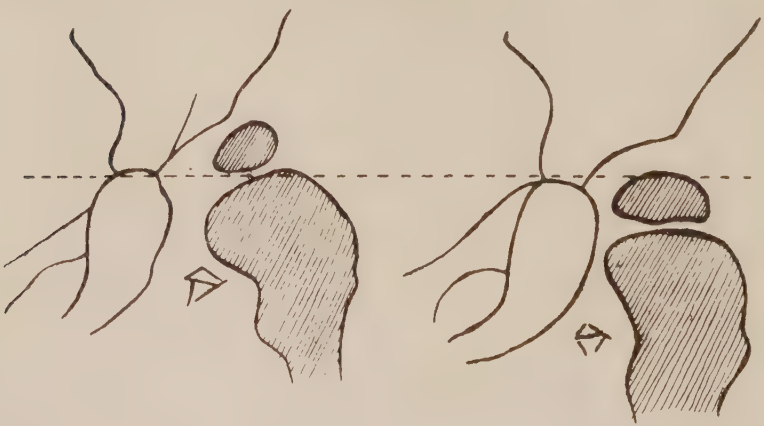


Fig. 3. *Enfant de 3 jours*

Du même auteur : Cl. A..., 22 mois, a la tête fémorale droite un peu haute, légèrement écartée du fond de la cavité cotyloïde et, mal soutenue par un toit trop peu saillant, la hanche est instable; dix mois plus tard, la correction s'est faite spontanément et très complètement sans aucun soin médical. (*fig. 4*).



22 mois
Hanche subluxée.

Fig. 4.

52 mois
Guérison.

Les cas de guérison spontanée existent aussi dans la luxation congénitale. Kirmisson, Ollier de Lyon, Frœlich en ont rapporté plusieurs exemples. Ce dernier, dans la *Revue d'Orthopédie*, relate deux observations à peu près identiques : Ce sont deux fillettes qui, radiographiées une première fois vers l'âge de deux ans, présentaient une luxation congénitale double. Chez l'une, cette luxation était plus accentuée à droite, légère à gauche; chez l'autre, les deux côtés étaient également luxés. Les deux enfants, examinées trois ans plus tard, ne présentaient plus qu'une seule luxation; l'autre articulation coxo-fémorale était saine, non seulement cliniquement, mais aussi à l'examen radiographique.

Ces différents cas ont été expliqués par ce fait que la jambe du côté le moins luxé avait été obligée de se placer en abduction, et comme les têtes fémorales n'avaient pas encore quitté de beaucoup le voisinage de la cavité cotyloïde, la marche et la contraction musculaire les y ont fait rentrer progressivement. La nature a fait spontanément ce que fait le chirurgien pour guérir la luxation congénitale de la hanche, lorsqu'il met la jambe luxée en abduction forcée; c'est, en somme, l'application du traitement préventif.

M. Drehmann, de Breslau, cite trois cas de guérison spontanée analogues.

Mais il arrive que ces hanches subluxables menacent de devenir des luxations réelles. L'atrophie extrême de la cavité cotyloïde, l'effacement plus ou moins prononcé du sourcil cotyloïdien permettent l'ascension de la tête fémorale dans la fosse iliaque; la torsion trop grande du fémur empêche la tête fémorale de rester contre le fond du cotyle

et de s'y appuyer : La luxation devient inévitable. C'est alors qu'il faut intervenir, et c'est là que le traitement préventif fera son effet.

En quoi consiste ce traitement ? La cause anatomique de la luxation congénitale étant une mauvaise orientation réciproque de la cavité cotyloïde et de la tête fémorale par antéversion excessive et de cette cavité et de l'épiphyse supérieure du fémur, il est logique de chercher dans une thérapeutique la correction de ces déformations causales. Produire une bonne cooptation des surfaces articulaires et le creusement d'une cavité cotyloïde d'une part, rendre aux parties constituantes du squelette articulaire une bonne orientatoin réciproque d'autre part, constitue le meilleur traitement. Pour cela, il faut favoriser les pesées de la tête fémorale sur l'os iliaque, détordre le fémur, supprimer l'antéversion de son col, empêcher l'adduction et l'extension forcée de la cuisse qui tendent à faire sortir la tête fémorale du cotyle, ajouter quelques massages afin de rendre la souplesse à l'articulation et la force aux muscles, telle est toute la thérapeutique préventive dans certains cas de luxation congénitale de la hanche.

Pour empêcher l'adduction, il faut placer la jambe du côté luxable en position inverse, c'est-à-dire en abduction. Différents moyens sont à notre disposition. Voyons la manière de porter l'enfant : il faut toujours avoir soin de maintenir les cuisses écartées l'une de l'autre. Si on veut tenir l'enfant sur ses genoux, au lieu de l'asseoir comme on le fait généralement, on le mettra à cheval, ce que font souvent les parents pour amuser l'enfant. Si on veut le porter sur le bras, il suffit de passer son bras entre

les deux cuisses; de cette manière, les cuisses de l'enfant ne seront jamais en contact l'une avec l'autre.

En toute autre circonstance, on peut se servir soit du chevalet en coin, soit de l'écarte-cuisses.

Le chevalet dont on se sert est celui que tous les orthopédistes connaissent. M. Frœlich le décrit ainsi : « C'est un chevalet en bois, à forme de parallélipipède; il peut être comparé, pour la description, à une selle; la partie supérieure correspondant au sommet de la selle est à arête se prolongeant sur les côtés, à droite et à gauche (quartier de la selle), avec les faces du chevalet. »

La base est destinée à être posée sur une chaise. Le tout est garni de coton ou d'une étoffe douce et épaisse. L'enfant est placé sur ce chevalet et, suivant l'écartement de la base, l'abduction sera plus ou moins forte.

Le chevalet, posé sur une chaise ordinaire, l'enfant sera maintenu par des garnitures en bois correspondant au pommeau et au trousquin de la selle; on pourra placer cette chaise devant une table, le dossier de la chaise et la table empêcheront l'enfant de tomber. Si l'on se sert de la chaise d'enfant, on fera passer les jambes entre les barreaux latéraux. Pendant le sommeil, on emploiera de préférence un coussin ordinaire, que l'on maintiendra au moyen de petites lanières.

Pour limiter l'extension forcée, voici le mode de traitement indiquée par Le Damany : Au bord inférieur d'une brassière, fermée solidement, il suffit de fixer, en avant, deux bandes en toile qui descendent faire un tour unique autour de la partie moyenne et supérieure des cuisses, puis remontent se boutonner à la partie postérieure de la brassière. Si des épingles, boutons, boutonnières permet-

tent de changer ces bandes aussi souvent que les couches, et de régler à volonté la longueur totale de la bande et la grandeur de l'anneau qui entoure la cuisse, la toilette de l'enfant n'en sera guère compliquée.

Les cuisses seront ainsi maintenues en flexion à angle droit.

Sur l'appui de cette bande, le fémur basculera dans les contractions des muscles extenseurs et commencera à se détordre. La cavité cotyloïde, grâce au maintien du fémur en bonne position, deviendra plus profonde. De la sorte, la luxation sera rendue impossible, car elle n'aura plus raison d'être.

Quant au massage des muscles fessiers, il faudra faire tous les jours, pendant dix minutes, une séance d'effleurage et de pétrissage.

Quelle sera la durée de ce traitement ? L'application de ce traitement aura lieu tant que la radiographie ne nous confirmera pas la guérison.

Nous voyons, dans les Observations, que cette durée n'est soumise à aucune règle ; dans certains cas, le traitement a été appliqué pendant six mois et même plus ; dans d'autres, la guérison eut lieu deux ou trois mois après.

Hanche normale

Hanche gauche subluxée

La même : la jambe étant mise en abduction à 45°

Ces deux radiographies se rapportent à la 1re observation

OBSERVATIONS

Série de cinq Observations dues à l'obligeance de M. le professeur FRŒLICH.

OBSERVATION I

HANCHE INSTABLE. — MENACE DE LUXATION. — TRAITEMENT PRÉVENTIF. GUÉRISON.

V.... (Marguerite), petite fille de 13 mois, habitant Saint-Dié (Vosges). Amenée le 8 mai 1909, l'enfant ne marche pas encore ; elle a une sœur, âgée de 5 ans, qui a eu une luxation congénitale double, opérée le 12 décembre 1901, et qui marche bien actuellement. Les parents, craignant la même lésion pour leur deuxième enfant, viennent à la consultation. Une radiographie est faite, les jambes parallèles : la hanche gauche semble subluxée ; le noyau osseux est placé au-dessus du cartilage en Y.

Sur une radiographie faite les jambes écartées à 45°, la tête prend sa position normale. La tête fémorale reprenant sa position normale, sans éprouver le moindre ressaut, dès que les jambes sont un peu écartées, il ne s'agit pas d'une véritable luxation ; il s'agit d'une hanche instable menacée de se luxer, par suite de la laxité de la capsule et de l'aplatissement de la cavité cotyloïde.

M. Frœlich conseille de porter l'enfant les jambes toujours écartées, que cela soit sur une chaise, sur les bras ou sur les genoux ; il conseille le port d'un coussin entre les jambes, la nuit.

Le 28 juillet 1909, l'enfant est revue ; l'aspect radiographique est peu modifié. Le 22 octobre 1909, l'enfant marche seule, avec un léger fléchissement de la jambe gauche. Sur une radiographie faite les jambes parallèles, les deux hanches sont normales.

Le 23 janvier 1910, la marche est normale.

OBSERVATION II

HANCHE INSTABLE. — MENACE DE LUXATION. — TRAITEMENT PRÉVENTIF. GUÉRISON.

Renée L...., petite fille de 14 mois, habitant Troyes, nous est adressée par le docteur Blum, de Strasbourg, et amenée le 4 janvier 1909. Une sœur aînée a été opérée par nous de luxation congénitale droite, le 2 mars 1908, et est complètement guérie. L'enfant actuelle présente une légère claudication du côté droit. A l'examen clinique, la rotation interne est exagérée ; même phénomène à gauche.

Le pli des adducteurs est à égale hauteur.

A la radiographie, faite les deux jambes parallèles, la tête fémorale semble subluxée, mais à la radiographie faite les jambes écartées à 45°, la tête fémorale reprend sa position normale sans le moindre ressaut.

Diagnostic : la hanche est instable, grande laxité de la capsule à droite.

Traitement préventif de la luxation congénitale : maintenir les jambes écartées et ne plus laisser marcher l'enfant pendant six mois.

Les jambes sont maintenues écartées, grâce à un chevalet en bois de 35 centimètres de hauteur sur 35 centimètres de large. Au lit, on met un coussin entre les jambes. Le 23 avril 1909, on fait une nouvelle radiographie ; la tête est normalement placée, même les jambes étant rapprochées.

Même traitement jusqu'au 1er août. L'enfant est autorisée à marcher ; la marche est normale.

OBSERVATION III

Hanche instable. — Menace de luxation. — Traitement préventif. Guérison.

Louise L...., de Gérardmer, fillette de 17 mois, nous est amenée le 20 octobre 1909 ; a une sœur, âgée de 8 ans, atteinte de luxation congénitale gauche non opérée. Cette fillette est née par le siège. Commence à marcher, mais n'échappe pas encore aux bras qui la soutiennent.

A la radiographie, faite les jambes parallèles, les deux têtes fémorales sont placées dans le segment supérieur de la cavité cotyloïde, au-dessus du cartilage en Y. A la radiographie faite les deux jambes écartées de 30°, les têtes fémorales reprennent leur position normale.

Traitement préventif : l'enfant est placée sur un chevalet, les jambes écartées. M. Frœlich conseille, en plus, le massage des fesses : muscles grand et moyen fessiers.

Le 10 mai 1910 : l'enfant marche depuis trois mois tout à fait normalement. A la radiographie faite les deux jambes parallèles, les têtes fémorales sont à leur place.

OBSERVATION IV

Hanche instable. — Luxation imminente. — Traitement prèventif. Guérison.

René P..., de Ligny-en-Barrois, petit garçon de 14 mois, nous est amené le 10 janvier 1911. Ne marche pas encore. Un frère a été opéré, il y a deux ans, de luxation congénitale double, à l'âge de trois ans.

L'examen clinique montre les deux hanches légèrement élevées. La rotation interne exagérée est possible des deux côtés.

La radiographie montre les deux hanches légèrement subluxées et les deux têtes fémorales placées au-dessus du toit de la cavité cotyloïde.

Dès que les jambes sont écartées, une radiographie nous montre les hanches en place, et cela sans qu'aucun ressaut ne se produise.

Diagnostic : laxité articulaire et prédisposition à la luxation congénitale.

Traitement préventif : maintenir les jambes écartées ; l'enfant est assis sur la chaise, sur un coussin en forme de coin, forçant les jambes à passer dans les barreaux de cette chaise. Au lit, on place un coussin entre les deux jambes. — Massage des muscles fessiers.

Le 25 avril 1911, la radiographie nous indique que les deux hanches restent normales, même lorsque les jambes sont parallèles. On continue le même traitement.

Le 27 juin 1911, l'enfant marche normalement, sans balancement.

OBSERVATION V

Pierre C..., de Bayon, âgé de 15 mois, nous est amené le 6 juillet 1911. L'enfant ne marche pas encore. La jambe droite semble plus courte ; la différence de longueur est de un centimètre. Le pli des adducteurs est remonté à droite.

A la radiographie, on constate une subluxation du côté droit quand elle est faite les deux jambes parallèles ; mais, si on les écarte de 45°, la hanche droite est normale.

Diagnostic : hanche intacte, traitement préventif.

L'enfant est revu le 2 septembre 1911. La luxation s'est complétée malgré le traitement. La hanche droite est luxée.

(Cette luxation s'est produite par suite d'une mauvaise application du traitement, ou peut-être d'une mauvaise interprétation de la radiographie. La tête était luxée en arrière, ce que la plaque ne pouvait révéler.

CONCLUSIONS

I. — Il existe, ainsi que MM. Frœlich et Le Damany l'ont établi, chez certains enfants prédisposés par leur hérédité à la luxation congénitale de la hanche, un stade dans lequel la tête fémorale n'a pas quitté la région de la cavité cotyloïde.

II. — La radiographie seule décèle ces cas : les jambes étant parallèles, la hanche semble subluxée; les jambes étant en abduction à 45°, la hanche paraît normale.

III. — Dans ces cas, un traitement préventif, ayant pour but de maintenir les jambes écartées pendant quelques mois, amène la guérison sans plâtre et sans l'emploi d'appareils.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pour les publications et ouvrages parus de 1900 à 1911, se reporter à la thèse du docteur GRANDGÉRARD (Nancy, 1909), et à celle du docteur VUILLAUME (Nancy, 1911).

Vu :
Nancy, le 17 Novembre 1911.
Le Président de la Thèse :
WEISS.

Vu :
Nancy, le 18 Novembre 1911
Le Doyen :
GROSS.

Vu et permis d'imprimer,
Nancy, le 18 Novembre 1911.
Le Recteur de l'Académie :
CH. ADAM.
Correspondant de l'Institut.

TABLE DES MATIÈRES

pages

Avant-propos 1

CHAPITRE PREMIER

Historique 3

CHAPITRE II

Définition. — Mécanisme de la luxation congénitale de la hanche ; Anatomie pathologique 7

CHAPITRE III

Diagnostic 17

CHAPITRE IV

Traitement 27

CHAPITRE V

Observations 33

Conclusions 37

Index bibliographique 39